

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année, 1959

THÈSE

N°
1039

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

ALRIQ Henri

né le 19 Février 1933 à BRIVE (Corrèze)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LA SYPHILIS GASTRIQUE :

SES CRITERES CLINIQUES, RADIOLOGIQUES, GASTROSCOPIQUES

Président : M. DEPARIS, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

ALRIQ Henri

né le 19 Février 1933 à BRIVE (Corrèze)

Externe des Hôpitaux de Paris

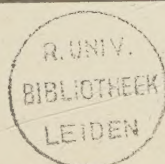
Présentée et soutenue publiquement le :

LA SYPHILIS GASTRIQUE :

SES CRITERES CLINIQUES, RADIOLOGIQUES, GASTROSCOPIQUES

Président : M. DEPARIS, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556008_0013

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

15-1-59

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaumin (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut
ASSESEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	MÉNÉGAUX (G.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GENNES (L. de)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BARIÉTY (M.)
	SOULIÉ (P.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLÉRY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	N . . .
	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N . . .
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.
Hygiène et médecine préventive	TURPIN (R.)
Médecine du Travail	JOANNON (P.)
Médecine légale	DESOILLE (H.)
Parasitologie	PIÉDELIÈVRE (R.)
Pathologie chirurgicale	GALLIARD (H.)
Pathologie exotique	COUVELAIRE (R.)
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER (G.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	LENÈGRE (J.)
Pathologie médicale	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie et thérapeutique générales	N . . .
Pharmacologie et matière médicale	GARCIN (R.)
Physiologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BINET (L.)
Physique médicale	BARGETON (D.)
Radiologie médicale	DOGNON (A.)
Technique chirurgicale	DESGREZ (H.)
Thérapeutique	PATEL (J.)
	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.	Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	{ BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	{ BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. par. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf. SCHAPIRA (G.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.), m. conf.		{ SCHNEIDER (J.)
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)		{ GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHET (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)	Pathologie expérimentale	
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)		{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Ol.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PÉQUIGNOT (L.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)		
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		
Histologie	{ COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (M ^{me} L.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (G.)		
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	{ LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.) BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)		
Obstétrique			
Ophtalmologie			

	MM.		MM.
	JOSEPH (R.)	Pneumo phthisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Pédiatrie-Puériculture. . .	NOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile. . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		CERNÉA (P.)
	LEVY (Mlle J), pr. s. ch.	Stomatologie.	CHAPUT (M ^{me} A.), m.c. agr.
Pharmacologie.	BOISSIER (J.)		GRELLET (M.)
	LECHAT (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.		LAMOTTE (M.)
	DEJOURS (P.)	Urologie	QUENU (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
	ABOULKER (P.)	Clinique neuro-rhumatologique SÈZE (S. de)	
	AMELINE (A.)		GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)	Clinique obstétricale . . .	LEPAGE (F.)
Clinique chirurgicale . . .	LÉGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique .	DESIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
	VERNE (J.-M.)		
	HAGUENEAU (J.), pr. s. ch.	Clinique oto-rhino-laryngo-	
	BOUDIN (G.)	logique	MADURO (R.)
	CONTE (M.)	Clinique pédiatrique et pué-	
Clinique médicale.	DOMART (A.)	riculture	LAPLANE (R.)
	MILLIEZ (P.)	Clinique psychiatrique. . .	BARUK (H.)
	PERRAULT (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie.	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale.	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Milles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS,

qu'ils trouvent ici le témoignage de
toute mon affection et de toute ma
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur DEPARIS

Professeur d'Hygiène des Collectivités,
Médecin des Hôpitaux,

qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,
qu'il trouve ici l'assurance de ma
gratitude et l'expression de ma profonde
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur SARRAZIN

Médecin-Assistant des Hôpitaux

qui m'a confié ce travail et guidé dans
sa réalisation,

qu'il trouve ici l'expression de mes
remerciements chaleureux.

H I S T O R I Q U E

=====

C'est ANDRAL qui en 1838 rapporta. le premier deux cas de guérison de syndromes douloureux gastriques par le mercure. Il écrivait : "Nous ne voyons pas, à la vérité, pourquoi des ulcérations des muqueuses profondes (c'est à dire viscérales) ne pourraient reconnaître la syphilis pour cause et céder au traitement anti-syphilitique".

Après lui les premiers travaux et observations sont dus à :

- LEUDET (1860)
- LANCEREAUX (1864 et 1866)
- CORNIL (1874 et 1875)
- GALLIARD (1886)
- CHIARI (1890 et 1891) , puis
- DIEULAFOY, HAYEM et LION, et enfin
- FOURNIER, pour ne citer que les principaux

auteurs.

De nombreuses publications furent publiées par la suite.

La "syphilis gastrique" fut peu à peu individualisée et fut l'objet de nombreuses discussions, notamment en 1930,

lors d'une de ses séances (le 10 Mars), la Société de gastro-enterologie de Paris l'a mise à l'ordre du jour.

Dans les vingt-cinq dernières années, bien que plus rare, la syphilis gastrique eut place dans la littérature, en particulier dans les ouvrages de BENSAUDE et récemment dans ceux de Mrs GUTMANN et HILLEMANN.

==:==:==:==

INTRODUCTION

=====

La question de l'authenticité d'une syphilis gastrique soulève toujours des polémiques.

Le diagnostic d'une telle affection, reposant en fait sur des données cliniques et para-cliniques peu précises, non pathognomoniques, est un diagnostic de présomption souvent discutable.

Ce problème diagnostic ne se pose qu'au stade clinique; il est évident qu'après gastrectomie à tort, devant une présomption certaine d'un cancer ou devant des éléments peu évocateurs de syphilis gastrique, l'anatomie pathologique permet d'éliminer avec certitude le cancer et peut être d'une grande valeur diagnostique pour la syphilis, bien que cet examen ne soit pas formel, les lésions perdant leurs caractères en se cicatrisant.

En fait, de nos jours, c'est un diagnostic posé très rarement, du fait de la régression importante de la syphilis grâce au dépistage précoce, à la thérapeutique actuelle, au perfectionnement des investigations (découvertes des réactions sérologiques, puis des rayons X, enfin de la gastroscopie) et aussi du fait de l'individualisation précise des syndromes

digestifs: ces différentes acquisitions permettent une rigueur beaucoup plus grande pour poser ce diagnostic.

Mr HILLEMANT écrit : "pour notre part, nous la recherchons en vain depuis 25 ans, et les deux seuls cas que nous avons cru rencontrer se sont montrés, avec le recul du temps, être des erreurs d'interprétation".

Mr ALBOT dit n'avoir jamais vu de syphilis gastrique.

Pour nous rendre compte de la fréquence de cette affection, voici deux tableaux élaborés par Mr. GEORG:

1er TABLEAU :

AUTEURS	Nombre d'autopsies pratiquées	Nombre de syphilitiques autopsiés	Nombre de syphilis gastriques
CHIARI		243	3
WINDHOLZ	13.680	386	2
TURNBULL	3.000		1
SYMMERS	4.880	314	1
SYNGER und MEYER	5.000		0
SCHLESINGER		386	2

2ème TABLEAU :

AUTEURS	N.de syphilitiques examinés	N.de malades de l'estomac examinés	N.de maladies organiques de l'estomac	N. de syphilis gastriques
STOCKES & BROWN	200		20	8
MOUTIER		8.000		8
MOUTIER & MITARBEITER		157	157	6
HILL	1.300			10
HILL			228	5
ANDRESON	202			4
O'LEARY	25.000		151	89
SCHRUMPF	414			0
KEIDEL	412			2
HOLMES		18.000		1
MERRILL		18.000		16

Si l'on totalise ces diverses statistiques, on note les pourcentages suivants :

- sur 1.329 syphilitiques autopsiés, il n'y a que 9 cas de syphilis gastrique vérifiés anatomo-pathologiquement, soit à peine plus de 6 cas pour 1.000.

- sur 26.560 autopsies de sujets divers, il n'y a que 4 cas de syphilis gastrique vérifiés anatomo-pathologiquement, soit à peine 3 cas pour 20.000 autopsies.

- sur 27.528 syphilitiques examinés, il n'y a cliniquement que 103 cas de syphilis gastrique, soit à peu près 3,7 pour 1:000.

- sur 44.157 malades de l'estomac examinés, il n'y a cliniquement que 31 cas de syphilis gastrique, soit 0,7 pour 1.000 ou 7 pour 10.000.

EN CONCLUSION :

Le faible pourcentage de syphilis gastrique est évident, mais certains éléments qui ressortent de cette statistique sont remarquables:

On trouve, chose curieuse, plus de cas de syphilis gastriques après autopsies et vérifications anatomo-pathologiques que cliniquement ce qui tend à prouver que les cliniciens pechent par défaut contrairement à ce que l'on pense (sur 10.000 syphilitiques autopsiés: 60 cas sur 10.000 syphilitiques examinés: 37 cas).

Les cliniciens se partagent actuellement en deux tendances :

- les uns demandent de telles précisions que le diagnostic de syphilis gastrique ne peut être porté qu'exceptionnellement,

- d'autres, moins rigoristes, le portent sans hésiter ou l'admettent comme probable devant un ensemble de données convergentes et surtout un succès thérapeutique stable.

Nous rangeant à l'avis des seconds, nous pensons pouvoir porter le diagnostic de syphilis gastrique chez ce malade dont voici l'observation.

O B S E R V A T I O N

=====

MONSIEUR G... 71 ans, retraité depuis plusieurs années (autrefois mineur de fond puis chauffeur à la Salpêtrière) vivait seul dans des conditions matérielles fort précaires lorsqu'il fut amené par Police-Secours et hospitalisé pour misères physiologiques.

L'examen, dépouillé de tout interrogatoire, de ce vieillard sourd et hébété, oriente d'emblée vers un diagnostic de NEOPLASIE DIGESTIVE, hypothèse que motivent :

- un amaigrissement important,
- une pâleur intense, cireuse des téguments et des muqueuses, signe d'une grande anémie.

Par ailleurs l'examen objective :

Au niveau de l'abdomen :

- une peau écailleuse à la fois infiltrée, prenant le godet et gardant le pli légèrement,
- l'absence de tumeur palpable,
- un foie, débordant de deux travers de doigt le rebord costal, sensible mais lisse et régulier,

- pas de splénomégalie.

Au toucher rectal :

- pas de masse perçue dans la cavité rectale, pas d'anomalie prostatique, pas de sang sur le doigtier.

Enfin pas d'adénopathie, notamment sus-claviculaire gauche.

Par contre, les membres inférieurs sont infiltrés d'un oedème mou, prenant le godet, déformant peu les membres, mais remontant haut.

Le reste de l'examen est sensiblement normal, notamment les examens neurologiques (réflexes tendineux retrouvés, pas d'argyll) et cardiovasculaire (T.A.II.7, pas de souffle, bruits normaux, rythme régulier à 96).

Une numération formule sanguine confirme l'anémie (2.300.000 G. rouges-normochrome, sans anomalie des éléments, leucocytose relative avec 85% de poly.neutro.)

Des réactions de MEYER, à trois reprises positives, en affirment l'étiologie sous la forme d'un meloena occulte.

L'hypothèse de néoplasie digestive semble se confirmer (âge, anémie, amaigrissement, hémorragies occultes) et l'on s'oriente d'abord vers une localisation colique.

En fait, le lavement baryté ne montre qu'un dolichocolon (5/VII/55°).

Aussi l'on pratique des clichés gastriques qui mettent

en évidence des images pathologiques constantes (Cf clichés n°1 I8/VIII/55) en faveur d'une néoplasie gastrique:

- une incontinence pylorique avec évacuation rapide de l'estomac,
- une incisure médio-gastrique avec aspect biloculaire,
- une rigidité des parois.

La gastroscopie ne révèle pas de lésions de la muqueuse bourgeonnante ou ulcéreuse, mais :

- une lésion infultrante de la sous-muqueuse n'est pas à rejeter tout en paraissant peu probable,
- un aspect rétréci et un peu rigide du sphincter de l'antre,
- une gastrite atrophique intense de la face antérieure de l'estomac.

Entre temps, différents examens sont faits :

- urée : 0,25°/∞ albuminurie: 0 , culot urinaire peu pathologique, qui éliminent une étiologie rénale de l'oedème, que l'on rattache à une hypoprotidémie à 52 gr% plus qu'à une compression haute.
- glucosurie : 0,
- mais les réactions sérologiques sont fortement positives :
 - B.W. XXX
 - R. de Kline XXX

Par ailleurs, on est étonné de voir que ce malade, porteur d'un éventuel cancer gastrique, a très bon appétit, une véritable boulimie même.

Son état général, lamentable le premier jour, est ensuite un peu moins précaire ce qui nous permet d'apprendre qu'il souffre depuis l'âge de 65 ans de douleurs épigastriques à type de tiraillements au début :

- diurnes,
- avec un certain horaire: milieu de la matinée
fin de l'après-midi,
- durant 1 à 2 heures,
- ni provoqués, ni calmés par les repas,
- survenant irrégulièrement, un jour sur deux,
sans période d'accalmie.

que durant les six années qui précèdent son hospitalisation ce syndrome s'accroît, les douleurs deviennent :

- plus intenses,
- plus durables,
- et surtout, plus fréquentes.

que, d'autre part, s'il ne s'alimentait pas c'était un peu parce qu'il souffrait, mais surtout dû à des conditions matérielles déplorables et à un état dépressif secondaire à sa solitude depuis le décès de son épouse.

Dans sa nourriture il faisait un certain choix, évitant les mets un peu relevés et épicés.

Enfin, il n'a aucune notion de chancre... ou de syphilis.

Ces signes fonctionnels d'évolutivité ancienne, cette boulimie présente, allant de paire avec une petite amélioration de l'état général, la positivité des réactions sérologiques, les examens radiographiques et gastroscopiques donnent un tableau clinique cadrant assez bien avec une SYPHILIS GASTRIQUE et font réviser le diagnostic.

(Cf. plus loin: signes cliniques. R.X. et gastroscopiques de la syphilis gastrique).

D'autres investigations sont alors faites :

- un tubage gastrique : l'acidité est normale. histamino-sensible. Ce qui d'ailleurs n'est pas un argument de poids pour rejeter le diagnostic (Cf: chimisme gastrique dans la syphilis gastrique)

- une gastro-biopsie qui montre :

- un aspect de gastrite atrophique,
- un infiltrat inflammatoire discret dans le chorion qui sépare les tubes glandulaires.

examen qui confirme les lésions muqueuses de la gastroscopie et ne va pas à l'encontre du diagnostic, étant donné les restrictions que l'on doit lui apporter (Cf: gastrobiopsie dans gastroscopie et ana-path.)

Le traitement anti-syphilitique est alors mis en route: traitement à l'iodure de potassium (cf. traitement de la syphilis

gastrique) à la dose de 1 gramme par 24 h. pendant 12 jours, puis de 3 grs par 24 h. pendant deux mois.

L'effet thérapeutique est remarquable :

- le syndrome douloureux s'amende complètement pour la première fois depuis 6 ans.
- l'E.G. s'améliore considérablement, la prise de poids est régulière (44 Kgs 500 à 52 Kgs),
- la numération F.S. devient sub-normale (5/X/55) 3.950.000 G.R.
- et surtout les investigations radiographiques et gastroscopiques montrent une amélioration progressive et presque complète des lésions (cf. traitement et valeur diagnostic).

En effet :

Radios de l'estomac (30/IX/55) (cf. clichés n° 2)

- disparition de l'aspect biloculaire avec incisure médio-gastrique,
- pylore continent,
- grande courbure mal injectée, floue, irrégulière, signant une gastrite.

Radios de l'estomac (3/XI/55) (cf: cliché n° 3)

- souplesse normale de l'estomac,
- accentuation des plis surtout au niveau de l'antré,
- irrégularité de la grande courbure.

Gastroskopie du I5/X/55 :

- l'antre est normal, on voit très bien le pyllore avec un aspect d'invagination intra-gastrique par instant,
- l'aspect paraît beaucoup plus souple que la dernière fois, il existe toujours un aspect de gastrite mais il s'agit cette fois d'un aspect oedémateux marmelé au niveau de la face postérieure.

Gastroskopie du I5/XII/55 :

- estomac gastroskopiquement normal,
- il ne persiste qu'une légère gastrite de la face postérieure,

-o-

MONSIEUR G... sort du service en XII/55, considéré comme guéri.

Il est revu en X/59, depuis 4 ans il a repris une vie active et malgré son âge assure des travaux d'entretien. Il a un E.G. excellent pour ses 75 ans, ne souffre pas du tout, appétit toujours bon, il mange absolument de tout et ne redoute ni épices, ni vinaigre, bien au contraire d'ailleurs.

Nous lui faisons, 9 ans après le début de son affection gastrique et 4 ans après sa guérison, un nouveau bilan.

Examen clinique : poids 50 Kgs

- l'abdomen est souple
pas de masse palpable,
le foie déborde de un travers de doigt le rebord
costal, lisse, indolore,
- pas d'adénopathie sus-claviculaire,
- les réflexes tendineux sont retrouvés, pas
d'Argyll,
- la T.A. est à 12-6 1/2, pas de signe d'insuffisance
aortique,

Examens complémentaires :

- protides totaux : 72 grs%
- une réaction de Meyer, sur trois faites est posi-
tive, mais ce résultat isolé ne semble pas inter-
prétable, des écarts de régime en étant la
cause.
- les réactions sérologiques sont très positives:
B.W. XX Kolmer XX Kline XX Bossak XX
Test de Nelson : positif 100%
- Numération F.S. : 3.840.000 G.R. 75% Hgbine V.G.O. 9
2.800 G.B. 67% de poly-neutro.
- V.S. 6/17/87
- culot- urinaire : normal
- urée: 0,18 ‰

enfin Radiographies de l'estomac (Cf clichés n° 4 6/X/59)

- souplesse gastrique, absence de raideur des courbures et de signes de tuméfaction,
- gros plis de gastrite et

GastroscoPie : (23/X/59)

Gastroskopie facile, tolérance à l'air, bonne, pas-
sage au cardia facile,

Antre et pylore: bien vus, rien d'anormal à ce niveau.

Corps de l'estomac : la muqueuse a partout un aspect normal, sauf sur la face postérieure où elle a un aspect un peu succulent et mamelonné.

Cadia et région sous-cardiale: normaux.

Conclusion : GastroscoPie normale

Au total les examens clinique, radiologique et gastroscopique confirment la stabilité de la guérison obtenue il y a 4 ans.

[illegible]

SIGNES CLINIQUES DE LA SYPHILIS GASTRIQUE =====

Les signes cliniques de la syphilis gastrique, malgré leurs imprécisions et leurs variétés présentent certains caractères qui permettent d'évoquer le diagnostic.

Le syndrome douloureux est :

- quasi constant
- de siège épigastrique surtout,
- de formes variables :
 - simples gênes,
 - crampes,
 - pesanteurs,
 - brûlures,
 - tiraillements,
- peu souvent nocturne (Adam)
- sans la périodicité, ni l'horaire de l'ulcus.

Cependant, dans des observations, on trouve :

- des douleurs immédiatement après les repas (Fetzar)
 - 1 h à 1 h.1/2 après (Karl Mendl, Bell)
 - tardives (Rossi, Nuno)
- des périodes d'accalmie (Muller, K. Mendl, Willeford)

en général ces douleurs ne sont valmées ni par les alcalins, ni par les aliments, en fait dans certains cas :

- les alcalins les suppriment (Nuno , Raffensperger)
- ou les aliments (Gottlieb, Nuno)
- ou les vomissements (Patterson)
- ou les trois à la fois (Minvielle).

L'anorexie totale, avec sensation d'embarras gastrique, inappétence , qui est la plus constante, ou encore l'anorexie pour les viandes (Moutier, Koelsh), sont remplacées parfois par un appétit normal (Cachin, Martin, Levy) ou même exagéré (Adam, Georg).

L'état général est soit, paradoxalement bien conservé, en regard de l'étendue des lésions (Cachin, Martin, Levy) ou peu altéré, soit, dans la plupart des cas, très altéré avec amaigrissement pouvant être important (20 à 25 Kgs) (Patterson, Rafsky).

Les vomissements sont retrouvés dans une très grande proportion :

- soit post-prandiaux,
- soit avec aliments de stase (Flandrin, Hentz)

mais ne sont pas constants.

Les hémorragies, dues aux formes ulcérautes de la syphilis, sont peu fréquentes:

- à type d'hématémèses (Martinez, Bell, Hentz)
- ou de meloena occulta (Fetzar, Rossi, Bell),

pouvant accentuer le syndrome anémique en général modéré (Andréani, Adam) objectivé par une numération F.S. où une lymphocytose a parfois été citée (Georg). Notre cas en est une altération toute particulière puisque la première numération n'est qu'à 2.300.000 G.R.).

A l'examen :

Il est très rare de palper :

- un épigastre résistant (Georg),
- une tumeur épigastrique (Patterson, Bell, Ormos et Kardos) parfois un peu sensible (Rossi, Gottlieb),
- dans le creux sus-claviculaire gauche une adénopathie d'origine syphilitique (Raffensberger)

Il est fréquent de déceler :

- des cicatrices cutanées d'anciennes lésions,
- des leucoplasies muqueuses,
- une hépatite scléro-gommeuse avec le foie gros et ficelé,
- et surtout un tabès
une aortite syphilitique.

Le tubage gastrique permet de constater, dans la plupart des cas, une achlorhydrie ou une hypochlorhydrie, histamino-résistantes (dans 68% des cas selon Mr GUTMANN, donc inconstante), qui seraient dues à :

- une atteinte inflammatoire des glandes gastriques,

- une lésion du X,
- la fuite pylorique,

en fait, ce déficit n'est pas constant, il peut y avoir une petite réaction à l'histamine (Raffensperger) ou une chlorhydrie normale (Calkins, Gutmann).

Enfin et surtout :

les réactions sérologiques spécifiques syphilitiques sont positives dans 94% des cas, dans 6%, en effet, la sérologie est négative mais avec des réactions spécifiques positives dans le L.C.R. (Muller, Duverne et Picot).

Chez notre malade, nous retrouvons :

- ce syndrome douloureux épigastrique :
 - . non rythmé par les repas,
 - . sans période d'accalmie,
 - . non soulagé par les alcalins.
- un appétit exagéré comme dans l'observation d'Adam,
- un amaigrissement important,
- un E.G. altéré, mais s'améliorant quelque peu avec une alimentation correcte, ce qui contraste avec l'étendue des lésions.
- des hémorragies occultes avec un syndrome anémique,
- et enfin des réactions sérologiques spécifiques très positives.

Tous ces éléments entrent bien dans le cadre clinique que nous venons de décrire, évidemment, les vomissements font défaut, il n'y a pas d'achlorhydrie, nous n'avons pas palper

de masse abdominale, mais ces signes, quoiqu'importants, ne sont pas, comme nous l'avons vu, constants et leur absence n'autorise pas à rejeter le diagnostic de syphilis gastrique.

==:==:==:==

LA GASTROSCOPIE DANS LA SYPHILIS GASTRIQUE

=====

La gastroscopie dans la syphilis gastrique, pas plus d'ailleurs que les autres investigations, ne peut apporter d'argument diagnostic décisif cependant son importance est très grande: Fraenkel, Mac Peak Meyer, Schindler disent que la gastroscopie est essentielle. Quant à Patterson, il a posé, par la gastroscopie, le diagnostic 10 fois, sur 12 cas de syphilis gastrique.

D'après Georg, les différents aspects rencontrés varient avec le stade d'évolutivité des lésions.

Il distingue des aspects :

- 1/ - de gastrite ou de gastrite hémorragique,
- 2/ - d'infiltration localisée ou diffuse,
- 3/ - de gommes sous-muqueuses,
pseudo-tumoraux,
- 4/ - ulcéreux - gommeux,
ulcéreux - tumoraux,
ulcéro - nodulaires.
- 5/ - fibreux (linité plastique, estomac en outre de cuir,
estomac en sablier).

On rencontre en effet :

- une gastrite subaigüe avec muqueuse tuméfiée, rouge, recouverte de mucus et d'aspect vitreux, que l'on trouve déjà dès la période secondaire (Pozzo),
- une gastrite catarrhale qui dans son évolution devient atrophique ou hypertrophique, avec gros plis gastriques, peu d'élasticité et rigidité (Pozzo, Georg, Patterson, Minvielle), avec souvent aspect mamelonné (Georg), mamelons qui peuvent être énormes, polypoides mais non végétants, sans l'aspect polymorphe du cancer. D'après Bockus et Bank, un aspect de gastrite catarrhale avec une hypochlorhydrie dans un tableau syphilitique peut évoquer une syphilis gastrique.
- des lésions gommeuses localisées ou au contraire diffuses, avec infiltration des parois, disparition des plis, de couleur pâle recouvertes d'un exsudat clair ou opaque sus-muqueux (Georg). Ces lésions gommeuses peuvent donner un aspect granuleux (Villeford),
- des ulcérations, en général multiples, ou plutôt des exulcérations (dus à l'ischémie superficielle des infiltrations, à l'ulcération des gommès) superficielles, non creusées en profondeur, de grandes tailles, arrondies ou ovalaires, à bords réguliers, minces et de couleur livide, de siège atypique, grande courbure parfois et face posté-

- rieure, d'aspect bien différent de l'ulcus peptique (Georg , Patterson, Minvielle),
- des formes pseudo-tumorales (Georg) pouvant évoquer un carcinome comme dans l'observation de Patterson et Rouse.

Enfin, l'évolution des lésions, des gommes vers la sclérose, donne des formes scléro-gommeuses, origine de lésions fibro-cicatricielles, qui déforment les parois, les rendent rigides avec hyperplasie fibreuse épaississant essentiellement la sous-muqueuse, créant sténoses et rétrécissements médio-gastrique ou pylorique donnant d'après Moutier :

- une lumière petite avec estomac peu souple et des parois avec spasmes segmentaires bien qu'elles soient rigides,
- une muqueuse sans plis, sans ondes péristaltiques atrophiques, granulique avec érosions et surplus de mucus,

c'est l'estomac dit en sablier, en outre de cuir (Georg) ou Dumb-Bell ou hour-glass pour Karl Mendel, d'aspect de limite plastique (Palmer) avec rigidité et paleur de la muqueuse (Raffenspger).

La gastroscopie permet par ailleurs la gastrobiopsie, examen qui a peu de valeur lorsque son résultat est négatif, d'autant qu'il procure des biopsies muqueuses alors que la lésion est ici essentiellement sous-muqueuse.

Mais surtout, la gastroscopie est l'élément objectif le plus sensible pour suivre et constater l'effet de la thérapeutique sur les lésions locales, quels que soient leurs types.

En effet, d'après Pozzo :

- au stade de gastrite, d'infiltration gommeuse et d'ulcération, le traitement spécifique est efficace et donne une restauration complète,
- dans les lésions pseudo-cancéreuses, sous l'effet du traitement, on obtient une régression rapide de tous les signes pathologiques,
- par contre dans la limite avec sténoses (médio-gastrique, du cardia, ou du pylore), le traitement n'a pas la même efficacité, la sclérose donnant des lésions non réversibles en totalité.

Dans notre observation, la gastroscopie nous montre,
le 27/VIII/55 :

- une éventuelle lésion infiltrante de la sous-muqueuse,
- une gastrite atrophique intense de la face antérieure de l'estomac,
- un aspect rétréci et un peu rigide du sphincter de l'antre.

Nous retrouvons donc trois aspects assez caractéristiques de syphilis gastrique :

- la gastrite atrophique,

- l'infiltration éventuelle sous-muqueuse,
- le rétrécissement et la rigidité,

ce rétrécissement témoigne d'une évolution ancienne (les troubles fonctionnels datent de 5 ans) et d'un remaniement certain des lésions avec fibro-sclérose laissant prévoir un succès thérapeutique peut être incomplet.

En fait, les gastroscopies suivantes, faites après traitement (traitement commencé le I/IX/55) montrent :

le 15/I0/55 :

- un aspect beaucoup plus souple,
- toujours des signes de gastrite, mais il s'agit cette fois d'un aspect oedémateux, mamelonné au niveau de la face postérieure,
- une absence de rigidité avec disparition du rétrécissement.

Il y a donc nette amélioration post-thérapeutique et apparition d'un aspect assez caractéristique de la syphilis gastrique qu'est la gastrite mamelonnée, comme le dit Georg dans son observation où l'on rencontre justement un aspect identique.

le 15/I2/55 :

- l'estomac est gastroscopiquement normal avec seulement légère gastrite de la face postérieure.

enfin le 23/10/59 :

- soit 4 ans plus tard, aspect un peu succulent
et mamelonné de la face postérieure du corps
de l'estomac.
- CONCLUSION : gastroscopie normale qui confirme la
stabilité de la guérison.

====

ANATOMIE - PATHOLOGIQUE

=====

Cet examen a peu de valeur dans les gastrobiopsies qui sont des biopsies à l'aveuglette et à ultra-minima, mais à un intérêt plus grand après gastrectomie ou autopsie, où les prélèvements sont suffisants pour permettre un bon examen anatomo-pathologique.

D'après Karl Mendel les lésions histologiques diffèrent suivant le stade évolutif, il distingue :

- un stade d'infiltration sous-muqueuse,
- un stade d'ulcération et de nécrose avec respect de la musculature,
- enfin un stade d'expansion de l'infiltration avec atteinte pylorique (70%) ou médio-gastrique (22%), puis l'infiltration gagne le cardia ou le pylore avec remplacement de l'infiltration gommeuse par la fibrose.

Les lésions rencontrées sont les suivantes :

- une dégénérescence mucoïde des cellules épithéliales de la muqueuse gastrique avec glandes atrophiées et rares (Pozzo),

- la sous-muqueuse est la couche la plus altérée avec une hypertrophie considérable par prolifération conjonctive, infiltration de plasmocytes, de lymphocytes et de polynucléaires (K. Mendel, Cachin). Suivant Palmer, l'épaississement de la sous-muqueuse est dû au tissu de granulation, à l'exsudat, à une certaine augmentation du tissu fibreux, et à un oedème marqué, dû, sans doute à un blocage lymphatique.
C'est à ce niveau que l'on trouve des granulomes ou gommes microscopiques : agglomérations de cellules épithélioïdes et de cellules d'inflammation, d'aspect tuberculoïde avec cellules géantes à plusieurs noyaux de disposition centrale mais rarement de type Langhans (Gottlieb) ou encore, suivant Palmer, ce sont des agrégats de cellules épithélioïdes qui incorporent quelques lymphocytes et souvent on trouve une cellule géante, la structure est plus lâche et la cellule géante plus polymorphe que dans le module tuberculeux classique, il n'y a pas de caséification centrale.
Bell, Adam et Rossi insistent sur le tissu de granulation riche en lymphocytes et plasmocytes.
- la muscularis mucosae est respectée même au niveau des altérations (Cachin, K. Mendel).
- au centre de l'infiltration la plus épaisse ou d'une gomme, il se crée une ulcération superficielle dont le fond

peut être au-dessus de la muqueuse soulevée par le tissu fibreux sous-jacent (Georg , Gottlieb, Faucher),

- à un stade plus avancé, il se produit une cicatrisation profonde avec contraction du segment atteint, génératrice de déformation de l'estomac par fibro-sclérose aboutissant à l'infiltration diffuse de la linite plastique avec atrophie de la muqueuse et destruction glandulaire (Pozzo).
- les altérations vasculaires sont très typiques, soit endartérite, soit péri-endophlébite dans la région de la gomme ulcérée (Gottlieb, Pozzo, Cachin, Nuno, Adam, Rossi). D'après Georg, l'infiltration cellulaire diffuse pénètre le long des lymphatiques péri-vasculaires dans les parois vasculaires. donnant une pan-vascularite, où surtout les veines sont atteintes par endophlébite oblitérante. Suivant Palmer, les lésions essentiellement veineuses, affectent les veines de tous calibres, des nodules miliaires, de petites gommes probables, peuvent se trouver dans l'adventice, parmi les débris de la média, ou dans le tissu remplaçant la lumière, l'aspect de certains segments veineux suggère une origine de l'altération inflammatoire dans l'adventice, peut être par extension à partir des lymphatiques péri-vasculaires (Palmer).

En fait, d'après Georg, il ne faut pas attendre l'histologie à tout prix pour poser le diagnostic, car elle n'est pas toujours très précise.

Reportons-nous d'ailleurs à la discussion soulevée à la Société de Gastro-entérologie de Paris en 1954, lors de la présentation de l'observation de Mr Cachin et notamment à la réplique de Mr Albot au sujet de l'examen anatomo-pathologique (cf Archives des Maladies de l'Appareil Digestif 1954 n° 1 p. 92), disant notamment que la sclérose importante de la sous-muqueuse pseudo-tumorale se voit dans l'hypertrophie musculaire du pylore et l'atrésie fibro-musculaire de l'antré.

En fait, dans notre observation, l'examen anatomo-pathologique n'a qu'une valeur très limitée puisque la seule pièce que nous ayons est une biopsie avec toutes les restrictions que cela comporte, comme nous l'avons vu.

Notons cependant un aspect de gastrite atrophique et surtout un infiltrat inflammatoire discret dans le chorion qui sépare les tubes glandulaires: ces deux aspects sont tout de même à retenir.

==:==:==:==

B A C T E R I O L O G I E

=====

Les spirochètes ont été retrouvés parfois in situ
notamment par Mac Nee.

Mr Hillemand pense que ce sont des saprophytes buccaux
déglutis, cet examen n'a donc aucune valeur.

Toutefois, il convient de citer Harris et Morgan qui
obtinrent un syphilome typique, bourré de tréponèmes après
injection d'un fragment gastrique à un testicule de lapin.

====

LA RADIO DANS LA SYPHILIS GASTRIQUE

=====

Les images radiologiques de la syphilis gastrique sont peu caractéristiques, mais certains aspects sont très évocateurs, leurs types principaux sont :

- des images de gastrite atrophique ou hypertrophique (Bockus et Bank), avec altération des plis (Pozzo),
- des niches ulcéreuses banales, mais le plus souvent de morphologie maligne (Pozzo, K.Mendel),
- des images lacunaires, d'aspect très néoplasique, avec à leurs niveaux, une absence totale de péristaltisme (Sarrouy et Philippon, Andréani, Pozzo, Nuno).
- des formes sténosantes :
 - sténose médio-gastrique (K.Mendel, Minvielle, Georg) avec biloculation, aspect en sablier avec deux poches (Fetzar, Hentz), aspect en haltère avec rétrécissement axial, plus régulier, plus lisse que dans le cancer (Gutmann),
 - sténose de la région du cardia ou pré-pylorique (Pozzo, Hentz, Rossi, Fetzar).

La particularité de ces formes avec constriction, sténose est l'absence de rétro-dilatation, de stase comme dans l'ulcus, ceci étant dû à l'extension de l'infiltration pariétale; par contre Minvielle note dans son observation une dilatation compensatrice du duodénum et de l'oesophage.

- en effet, l'infiltration pariétale est très importante expliquant l'incontinence pylorique (Andréani, Raffensperger, Nunez), ou du cardia (Fetzar) et l'absence de péristaltisme en opposition avec l'hyperkinésie ulcéreuse (K.Mendel Minvielle, Pozzo),

on rencontre encore :

- des formes très infiltrantes, évoquant une infiltration néoplasique (Cachin, Adam, Kardos, Berger, Nunez, Faucher), un cancer squirreux (Gottlieb).

à un stade plus évolué :

- des formes à type de linite plastique (Palmer, Raffensperger, Flandin), avec microgastrie, estomac tubulaire horizontal, avec pylore béant, cardia béant et reflux oesophagien facile.

Au total, malgré certaines particularités. ces images sont très évocatrices d'une néoplasie gastrique mais le contraste entre l'étendue des lésions radiologiques et le reste de l'examen clinique permet d'évoquer le diagnostic de syphilis gastrique (Georg).

Cependant, l'intérêt des R.X. n'est pas seulement pour le diagnostic mais aussi pour la surveillance de la régression des lésions sous l'effet du traitement, bien que certaines images cicatricielles de fibro-sclérose puissent persister (Pozzo).

Dans notre observation , nous retrouvons sur les premiers clichés (I8/VIII/55) (cf clichés n° 1) :

- une rigidité des parois,
- une incisure médio-gastrique avec aspect biloculaire,
- une incontinence pylorique avec évacuation rapide du contenu baryté gastrique,

qu'ils sont, comme nous l'avons vu, très évocatrices de lésions syphilitiques.

Sous l'effet du traitement (cf clichés n° 2) (30/IX/55):

- l'incisure médio-gastrique avec aspect biloculaire disparaît,
- le pylore redevient continent,
- il y a seulement de gros plis de gastrite

(Cf clichés n° 3) (3/XI/55) :

- l'estomac a une souplesse normale,
- légère irrégularité de la grande courbure,

enfin, sur les derniers clichés, faits 4 ans plus tard

(cf clichés n° 4) (6/X/59) :

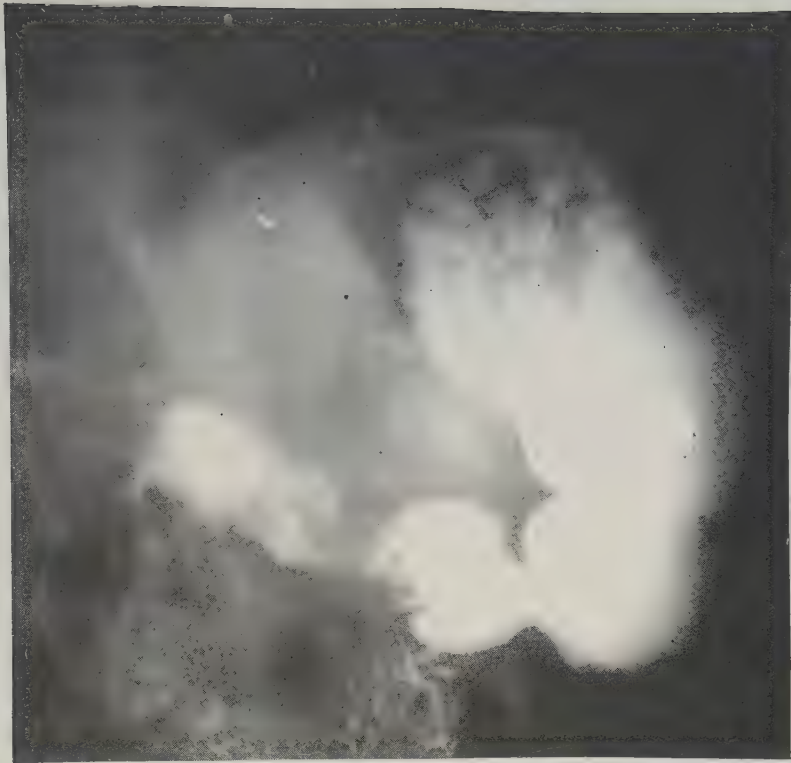
- l'estomac est normal.

- souple, absence totale de rigidité, de rétrécissement ou de tuméfaction,
- le pylore est parfaitement continent,
- le transit gastrique baryté est normal,
- seuls persistent encore des plis accentués.

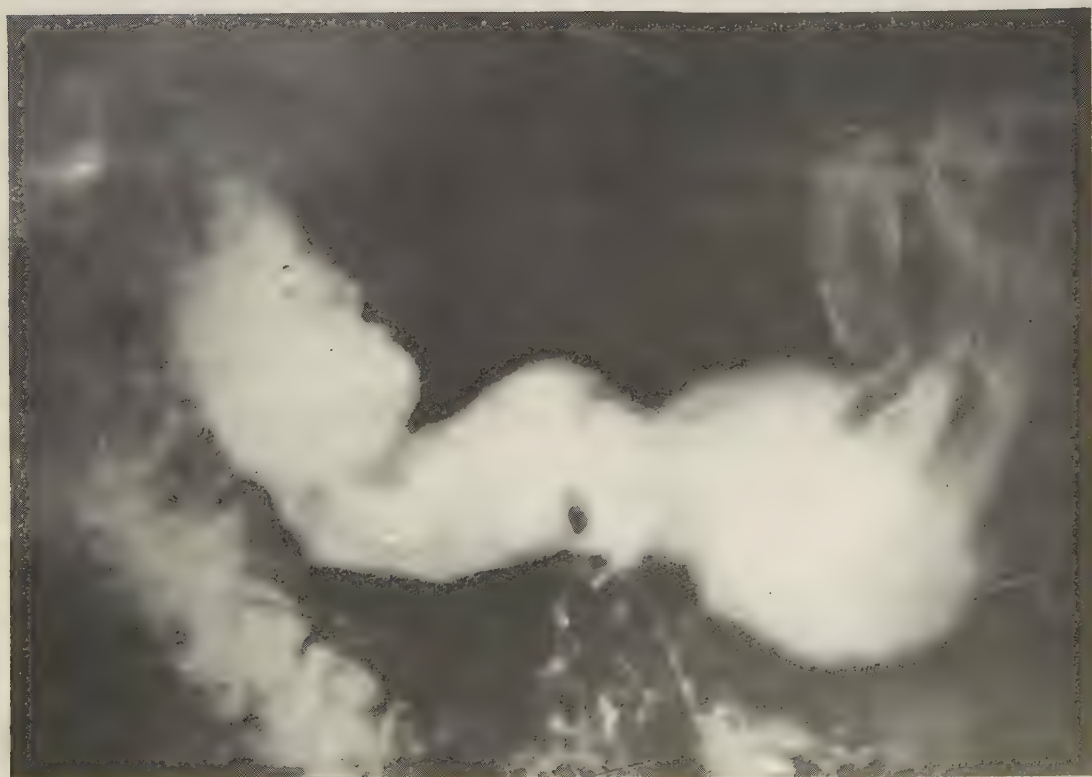
Ces clichés confirment la stabilité radiologique de la guérison.

==::==::==::=









TRAITEMENT DE LA SYPHILIS GASTRIQUE

=====

Le traitement de la syphilis gastrique a, par son efficacité, une très grande valeur diagnostique. D'après Mr Gutmann, si l'on n'opère pas, l'épreuve thérapeutique contrôlée par une étude radiologique, clinique et par une longue survie a, en principe, assez de valeur pour permettre d'affirmer le diagnostic: en fait si l'épreuve thérapeutique laisse un doute, il vaut mieux opérer car les plus fréquentes des lésions gastriques pseudo-tumorales survenant chez les syphilitiques sont tout de même le cancer.

Cependant, dans certains cas difficiles, toujours d'après M. Gutmann, on peut noter, il est vrai, qu'en même temps que la lésion, guérit anatomiquement, la sténose devient plus serrée par organisation fibreuse dans ce cas. l'amélioration est histologique et peut passer méconnue en clinique, ou même s'accompagner d'aggravation. le traitement agissant sur l'élément gommeux et non scléreux.

Le diagnostic précoce est donc très important, tant que les lésions sont en totalité réversibles avant l'apparition de la sclérose, et pour éviter des mutilations chirurgicales inutiles (Pozzo).

Au total, lorsqu'il y a une très forte présomption de syphilis gastrique, on doit mettre en route un traitement d'épreuve, mais au moindre doute d'inefficacité, intervenir. Ce traitement d'épreuve fait au même titre que pour l'ulcère ne doit pas excéder trois semaines (Berger).

Quel est ce traitement .

Mr Hillemand écrivait (en 1950): "On emploie aujourd'hui couramment des cures de cyanure de mercure ou de bismuth complétées par les arsenobenzènes, en fait les succès thérapeutiques les plus anciens sont dus à la médication per os, essentiellement à l'iodure de potassium que l'on peut prescrire à la dose de 2 à 4 grs par 24 h., et qui est bien acceptée par un estomac même malade".

Cependant, depuis l'ère des antibiotiques, en plus du traitement classique, la pénicilline est utilisée actuellement après cyanure de mercure pour éviter une réaction d'Herxheimer.

Dans leurs observations respectives :

- FANCHER utilise la pénicilline , le mapharsan et le bismuth,
- BELL l'arsenoxyde puis la pénicilline et le bismuth.
- ANDREANI le cyanure de mercure puis la pénicilline et le bivatol,
- ROSSI la pénicilline,

plus récemment :

- MINVIELLE emploie la pénicilline associée au bismuth, à l'arsenic et à l'iodure de potassium,
- POZZO la pénicilline et le bismuth,
- KARL MENDEL la pénicilline, le N.A.B., le pat. Iod et le bismuth,
- quant à GEORG il se contente du néosalvarsan et du bismuth.

Mais le traitement d'une syphilis tertiaire par les anti-biotiques offre certains dangers , ce que Mr Sarrazin a décrit sous le nom de "paradoxe thérapeutique": le traitement anti-biotique trop actif fait fondre les lésions gommeuses trop rapidement pour permettre aux tissus de se cicatriser, pouvant faire déclancher, dans le risque d'une gomme aortique, une insuffisance aortique comme dans les observations relatées par Mr Sarrazin.

Ce "paradoxe" thérapeutique est différent de la réaction d'Herxheimer qui est plus précoce, passagère et a pour base un état inflammatoire des lésions syphilitiques alors que le "paradoxe" est plus tardif (8° - 10° jour), correspondant à une lésion cicatricielle durable, définitive et a pour base un tissu cicatriciel dépourvu de lésion inflammatoire.

Aussi, chez notre malade le traitement par la pénicilline a été rejeté et il a été traité uniquement par l'iodure de potassium à raison d'une dose de 1 gr par 24 H. les douze

premiers jours et de 3 grs par 24 H. pendant deux mois.

L'effet thérapeutique a été remarquable cliniquement, radiologiquement, gastroscopiquement et hématologiquement comme nous l'avons vu.

Cet effet n'a pas été passager mais durable, car confirmé 4 ans plus tard.

Ce résultat thérapeutique est l'argument le plus valable pour affirmer l'authenticité de la syphilis gastrique de notre malade.

==:==:==:

C O N C L U S I O N S

La syphilis gastrique existe-t-elle ?

On peut se poser la question devant la fortune diverse subie par cette maladie. Il y a quelques décades ce diagnostic était souvent porté actuellement il l'est beaucoup plus rarement.

La régression de la syphilis n'explique que partiellement cette rareté. En fait, les critères cliniques , radiologiques, gastroscopiques, voire-même anatomo-pathologiques exigibles pour une telle manifestation doivent être très rigoureux, complétés par une épreuve thérapeutique probante.

Ces différents arguments, avancés par ceux qui étudièrent cette question souvent débattue, sont passés en revue à l'occasion d'une observation privilégiée.

==:::==

Vu, le Président de Thèse,
Professeur DEPARIS

Vu, le Doyen de la Faculté,
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

=====

- ADAM - Der chirurg. Juin 1950 - 21 - p. 363-369
- ALBOT - Archives des mal. de l'app. digestif 1954 -
n° 1 - p. 92,
- ANDREANI - Archives des mal. de l'app. digestif
1951 - n° 2 - p. 236-241,
- BELL - Amer. Jour. Syphil. 1951, Mai - 35 -
p. 284-290.
- BERGER - Gastro-enterology Janvier 1950 - 14 -
p. 147-151
- BOCKUS & BANK - Gastro-enterology 1946 Ier volume,
- CACHIN - Archives des mal. de l'app. digestif 1954
n° 1 - p. 92,
- CALKINS - Bull. John Hopkins Hospital Juil. 1950 - 87-
p. 61-73,
- COLLI & GONZALES VALENTIN - Arch. Ital. Mal. App. Digestif
1951 - 17/5 - p. 358-375,
- FANCHER - Ann. Int. Med. Juill. 1951 - 35 - P.240-248
- FETZAR - Experim. Med. and Surgery 1951 - p. 278-290
- FLANDIN - Bull. Société Médic. Hôp. Paris - 14/12/51
p. 1.408-1.409
- FRAENKEL E., VIRCHOWS : - Arch. Path. Anat. 155. 507 (1899)
- GEORG (C.H.)- Deutsche Zeitschrift Verdauungsund Stoff
Avril 1954 Band 14 n° 2-3 p. 49-59
- GOTTLIEB, BERANBAUM & WEINER - Radiology aout 1952 - 59 -
p. 193-197
- GUTMANN - Les syndromes douloureux de la région épigastrique.
Tome 2 - p. 565 .. 1951-1952

- HARRIS (Seele) & H.J. MORGAN - Journ. Americ. Méd. Ass.
22 Oct. 1932,
- HENTZ - Bull. Soc. Clin. Hôp. Charleroi Avril 1953
p. 67-71
- HILLEMAND - Maladies de l'estomac , de l'oesophage et du
duodénum - p. 487-496 (1950)
- KARDOS et ORMOS - Wiener Kl.Wochenschrifte 26 Mai 1950
p. 370-372
- KAUFMANN - Forschrifte auf dem gebiete der röntgenstrahlen
Avril 1951 - 74 - p. 460-461
- KOELSCH - Med. Klinik aout 1943 p. 556-558
- MARTINEZ GOMEZ - Med. Espanola 1948 - 113 - p. 141
- MENDL KARL, R.T. JENKINS & J.R. HUGHES - Brit. Journ. Radiology
Janvier 1956 - p. 48-55
- MEYER K.A. & H.A. SINGER - Surgery St Louis 26, 443 1933
- MINVIELLE & B. SEPULVEDA - Rivista de investigacion clinica
(Mexico)avr-juin 1953 p. 223-230
- MOORE & AURELIUS - Americ. Jour. of roentg and rad. Mai 1928
p. 425
- MOUTIER : - Arch. Malad. Appar. Digestif 1937 p. 637-653
- MULLER, DUVERNE, PICOT - Arch. Malad. Appar. Digestif 1948
p. 734-739 - 37 -
- NEE (Mac) - Quart. J. Med. aout 1932 p. 215
- NUNEZ - Revista clin. Espanola 1949 -35- p.248-253
- NUNO - Revista Espan. Enf. App. Dig. 1950 - 9 - p. 471-483
- PALMER - Americ. Journ. Syph. Sept. 1949 - 33 - n° 5
- PATTERSON & ROUSE - Gastro-enterology 1948 - 10- p.474
- PEAK (Mac), C.N.- Americ. Journ. Roentgend. -43- 832 1940
- POZZO & C.L. MENEGLINI - Gior. Ital. dermat.c.sif. mars-avril
1955 - 1 - p. 170-180
- RAFFENSPERGER - Ann. Int. Med. 1952 - 37 - p. 178-179
- RAFSKY - Gastro-enterology - 15- 1948 - p. 359-366

ROSSI, CAINO & CONTI - Prensa medica Argentin. - 37 - 1950
p. 2510-515

SARRAZIN - Entretiens de Bichat - Médecine 1957 p. 519

SARRONY & J. PHILIPPON - Presse médicale 2 Mai 1956

SCHINDLER - R. gastroskopy S-343 - Univ. Chicago Press 1937

VALDES, CERVERO & CLARIANA - Med. Espanola (revista nacional
de medicina) Nov. 1954 - p. 380-384

VILLEFORD, CHILDERS, HEPNER - Pediatrics 1952 p. 162-167

P.S.- Pour les publications parues avant 1948, non citées
dans la liste précédente, se rapporter aux thèses
de NICOLLET (Lyon 1944) et de MATHIEU (Paris 1954)
et aux ouvrages déjà mentionnés de Mrs GUTMANN et
HILLEMAND.

==::==::==



**AGEMP
POLYCOPIE**

**8, rue Dante
PARIS-Ve**

Téléphone : ODéon 58-90